

Instrucciones para la registraci3n:



Se requiere una forma de registraci3n para cada persona que des3ya inscribirse en el registro de evacuaci3n!

Si falta informaci3n en el formulario como su nombre, direcci3n, si el n3mero de tel3fono esta correcto, etc., es posible que no podamos comunicarnos con usted. No se pueden determinar sus necesidades solo que conteste TODAS las preguntas en respecto a sus requisitos m3dicos y de transportaci3n. Cuando la oficina Principal de emergencia reciba el formulario completo y firmado, cada persona ser3 inscrita en la base de datos.

¡Mantenga su informaci3n corriente!

Usted es responsable de informar a la oficina Principal de emergencia en respecto a cambi3s que ocurran y que puedan afectar su record de inscripci3n. Si usted se mueve, cambia el n3mero de tel3fono, 3 deja de necesitar nuestra ayuda, av3senos inmediatamente para que su informaci3n est3 al corriente. Si no es posible comunicarse con usted durante una evacuaci3n de emergencia, no ser3 posible ayudarlo.

El registro sera actualizado anualmente.

Nuevas formas seran enviadas a cada persona que est3 inscrita para actualizar su informaci3n y verificar elegibilidad. Personas inscritas que NO respondan 3 que no esten disponibles ser3n eliminados del registro.

No-residentes:

Formularios de personas que se inscriban pero no son residentes de la ciudad de Houston, seran mandados a la Oficina de la Administraci3n de Emergencias de la jurisdicci3n donde viven.

Residencia de la tercera edad 3 facilidades de viviente asistivo:

Personas que viven en residencias de la tercera edad 3 facilidades de viviente asistivo, NO son elegibles para este programa porque esas facilidades son requeridas por el estado a tener un Plan de emergencia para el cuidado de sus residentes durante 3pocas de emergencia.

Inscripci3n es GRATIS y VOLUNTARIA. El contenido de este formulario es solamente para proveer informaci3n a los departamentos de seguridad p3blica y agencias de transportaci3n relacionada a la discapacidad, movilidad, condici3n m3dica 3 otra dependencia de cual los responsables deber3n saber para que ayuden durante una evacuaci3n de emergencia.

La oficina Principal de emergencia de la ciudad de Houston coordinar3 la inscripci3n, notificaci3n y evacuaci3n de los residentes quienes estan incapacitados f3sica 3 mentalmente, que estan enfermos f3sica 3 mentalmente 3 que necesitan transportaci3n.

La siguiente es una lista de articulos b3sicos que usted deber3 traer en caso de una evacuaci3n de emergencia:

Tenga estos articulos empacados y listos antes de que su transporte llegue.

Lista de cosas necesarias para el refugio

**AVÍSELE A SUS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD SI USTED
SERÁ EVACUADO!**

Medicación y materiales medicos:

Recetas diarias (Reservas para dos semanas)
Oxígeno
Gafas (Lentes)
Audífonos
Andadera, silla de ruedas, etc.

Documentos importantes:

Identificación personal (ID con foto, documentos de seguros (medicos y del hogar), documentos legales
Números telefónicos de familiares (Incluya una persona que vive fuera de la ciudad)
Copias de recetas de medicamento
Nombre y teléfono de su doctor

Artículos personales:

Cepillo de dientes, pasta de dientes
Jabón, toalla, etc.

Artículos de comodidad:

Manta (Cobija), saco de dormir y almohada

Ropa extra:

Ropa cómoda.

Comidas de alimenticio especial:

Si usted tiene una dieta especial, triaga estos alimentos con usted
Traiga comida que no se heche a perder y un abrelatas

Artículos de diversión:

Libros, revistas, barajas, juegos

Otros:

Linterna, pilas, radio con pilas.

Tenga estos articulos empacados y listos antes de que su transporte llegue.

La Oficina de la Administración de Emergencias

5320 N. Shepherd

Houston, Texas 77091

(713) 884-4500

TTY 713 884-4518

Website: <http://www.houstontx.gov/oem>

Favor de leer, completar y firmar el formulario de inscripción



Inscripción para evacuación 2006

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: _____ Inicial: _____
Apellido: _____ ¿Habla inglés? ___ No ___
Sí
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ___ M ___ F
Dirección: _____ # Apt _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código pos: _____
Teléfono: 1. _____ 2. _____
Mascotas: ___ No ___ Sí Si contestó "Sí", describa su mascota:
(nombre, clase, y peso): _____

RESIDENCIA

¿Vive en una casa móvil? ___ No ___ Sí

¿Vive usted en una casa de necesidades especiales, casa de
ancianos ó residencia de vivienda asistiva? ___ No ___ Sí
Si contestó sí, nombre de la facilidad: _____
[Facilidad/Localidad]
Si no, nombre de cónyuge: _____
(teléfono) _____
Con hijo/a (nombre): _____ (teléfono) _____
Otro: _____ Parentesco: _____
(teléfono) _____

PLAN DE EVACUACIÓN

¿Si ordenan que se evacúe, tiene usted plan de evacuación?
___ No ___ Sí
¿Se puede transportar solo/a? ___ No ___ Sí
¿Lo acompañará su compañero/dador de cuidado/cónyuge?
___ No ___ Sí
¿Viajarán en auto? ___ No ___ Sí
Si la respuesta es Sí, ¿Quién manejará el vehículo?: _____
Si No, ¿Qué otro método usará?: (Escoga uno solamente)
_____ silla de ruedas _____ van
_____ ambulancia
Si escogio ambulancia, dé el nombre de la compañía:
_____ teléfono: _____
Si tiene otro plan de evacuación, ¿Cuál es? _____

PLAN DE REFUGIO

¿Cuál es su plan de refugio si la evacuación es necesaria?

¿Si no tiene plan de evacuación, le gustaría que la Oficina
principal de emergencia de la ciudad de Houston se comunicara con
usted? No ___ Sí _____



¿Dador de cuidado que no vive en la misma casa?

Horas por semana: _____

Asistencia domiciliaria ó enfermera visitante: ___ No ___ Sí

Número de visitas por semana _____

Otra? _____ Yes _____ No Describe: _____

ESTADO FÍSICO/DISCAPACIDAD

Ciego ó discapacidad de vista: _____ No _____ Sí

Sordo ó discapacidad de oído: _____ No _____ Sí

Discapacidad mental: _____ No _____ Sí

Discapacidad de memoria: _____ No _____ Sí

Diabetes: _____ No _____ Sí

Si contestó Sí, ¿Depende de insulina? _____ No _____ Yes

¿Pastillas? _____ No _____ Sí

¿Sin tratamientos? _____ No _____ Sí

Problemas cardiacos _____ No _____ Sí

Problemas respiratorios _____ No _____ Sí

Transplante _____ No _____ Sí

Cancer _____ No _____ Sí

VIH/sida _____ No _____ Sí

Parálisis _____ No _____ Sí

Alergias _____ No _____ Sí

Si las respuesta es Sí, ¿Qué clase de alergias tiene?_

Otros estados físicos : _____

TRATAMIENTOS/EQUIPO DE TRATAMIENTO

Respiratorio _____ No _____ Sí

Sonda Foley _____ No _____ Sí

Oxígeno _____ No _____ Sí

Si contestó Sí, Nombre/clase del equipo ó máquina: _____

Uso de O2: _____ Continuo _____ a tiempo parcial

Traqueotomía _____ No _____ Sí

Dialisis _____ No _____ Sí

Terapia intravenosa/

Linea PICC/ Sonda Hickman _____ No _____ Sí

Tubo de alimentación _____ No _____ Sí

Otro equipo de emergencia: _____

CAPACIDAD AMULATORIA

Reducido a: (escoga una)

cama _____

silla geri _____

silla de ruedas

silla de ruedas mecánica

Usa (escoga todas que usa): _____ silla de ruedas _____ andadera

_____ bastón _____ animal de servicio

Otra asistencia/necesidades: _____



LISTA DE CONTACTOS / PARENTELA
(Favor de incluir una persona de fuera de la ciudad)

Proveedores de servicios de casa

*Díganos si está de acuerdo que le demos la información respecto a su estado de evacuación a esta persona ó agencia si ellos llaman pidiendo la información.

1. Nombre del Contacto: _____
Teléfono: _____ Extensión: _____

Relación: _____ ¿Se puede dar esta información? ___ No ___ Sí

2. Nombre del Contacto: _____
Teléfono: _____ Extensión: _____

Relación: _____ ¿Se puede dar esta información? ___ No ___ Sí

3. 3. Nombre del Contacto: _____
Teléfono: _____ Extensión: _____

Relación: _____ ¿Se puede dar esta información? ___ No ___ Sí

4. 4. Nombre del Contacto: _____
Teléfono: _____ Extensión: _____

Relación: _____ ¿Se puede dar esta información? ___ No ___ Sí

PERSONAS/AYUDANTES EVACUANDO CON USTED

1. Nombre: _____ Relación: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____

3. Nombre: _____ Relación: _____

4. Nombre: _____ Relación: _____

5. Nombre: _____ Relación: _____

NOMBRES Y TELÉFONOS IMPORTANTES:

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Extensión: _____ Hospital de preferencia: _____

Nombre de asistencia domiciliaria/hospicio: _____

_____ Teléfono: _____

COMENTARIOS Ó NOTAS:

Firma del aplicante: _____ Fecha: _____

Envíe esta forma completa y firmada al domicilio:

**Houston Emergency Management
5320 N. Shepherd
Houston, Texas 77091**

Usted es responsable de darnos sus datos actuales, si la información de su registro cambia, por favor mandarnos todos los datos actuales lo más pronto posible, para nosotros tener la información actual!

Si esta información ha sido escrita por otra persona aparte de la persona que está necesitando la asistencia, por favor llenar lo siguiente:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Extensión: _____

Agencia/Institución/Relación con la persona: _____

Posición: _____

Correo Electrónico: _____

Firma: _____ Fecha: _____